



AZIENDA ISTITUTI OSPITALIERI DI CREMONA

NUOVA BREAST UNIT
Unità Operativa di Patologia Mammaria
Presidio Ospedaliero Di Cremona

INAUGURAZIONE
26 MAGGIO 2006



UNITA' DI PATOLOGIA MAMMARIA.

UNA REALTA' MEDICO -SCIENTIFICA CONSOLIDATA CHE PONE AL CENTRO DELL'ATTENZIONE LA DONNA SEGUENDOLA IN TUTTE LE FASI E GLI ASPETTI DELLA MALATTIA

A Cremona la prevenzione e la cura della patologia mammaria sono realtà concrete ormai da molti anni. Oggi sempre più spesso sentiamo parlare di Screening, di Breast Unit, di primo livello di prevenzione (ecc.) e diamo per scontato che tutti sappiano esattamente di cosa si tratta. Non sempre è così. Insieme al Dr. **Alberto Bottini** (Responsabile scientifico Breast Unit), al Dr. **Giovanni Allevi** (Responsabile organizzativo Breast Unit) e la Dr. **Sergio Aguggini** (Responsabile didattica e formazione Breast Unit) abbiamo cercato di conoscere meglio questa significativa realtà dell'Azienda Ospedaliera di Cremona.

Cos'è la Breast Unit e da quali medici è composta?

Bottini. La Breast Unit o Unità di Patologia Mammaria è l'Unità Operativa della Divisione di Chirurgia Generale diretta dal Prof. Alquati che si occupa della paziente con diagnosi di patologia mammaria. Il nucleo principale della Breast Unit è rappresentato da chirurghi oncoplastici ed oncologi della Divisione. Questi lavorano quotidianamente con specialisti Radiologi, Medici Nucleari e Radioterapisti, ed insieme, garantiscono in termini di conoscenze scientifiche e di apparecchiature disponibili, la cura della neoplasia mammaria in tutti i suoi aspetti.

Quale il vostro punto di forza?

Bottini. La nostra organizzazione consente ai suoi medici di impostare il piano di cura completo. Dalla chemioterapia all'intervento chirurgico curativo, alla chirurgia ricostruttiva, alla radioterapia, ai controlli dopo la cura (follow up). Per quante altre patologie è possibile fornire un'assistenza così capillare?

Questo si traduce in un grande vantaggio per la paziente.

Bottini. La paziente ha i suoi punti di riferimento, familiarizza con un gruppo di medici che la seguiranno in tutte le sue necessità. Il senso di sicurezza e di protezione che le nostre pazienti ci riconoscono sono fra le più grandi gratificazioni che questo lavoro ci può dare.

L'attività di ricerca è senz'altro uno dei nostri fiori all'occhiello...

Bottini. Per la ricerca siamo particolarmente orgogliosi di sottolineare che oltre alla ventennale collaborazione con la Clinica di Oncologia della Università di Torino diretta dal Prof. Luigi Dogliotti, dal 2003 si è concretizzato un filo diretto con la Università di Oxford, in Inghilterra. Questo rapporto è nato in seguito ad uno stage di formazione a cui ha partecipato il Dottor **Daniele Generali** il quale ha trasmesso al gruppo del Prof. Harrys i risultati delle ricerche che da anni Cremona sviluppa con il Prof. Dogliotti ed il suo staff, si è fatto conoscere come valido ricercatore, e soprattutto gli è stata data la possibilità di completare gli studi presso il Prof. Harrys, una delle massime autorità mondiali in materia, acquisendo il dottorato di ricerca presso una delle più prestigiose università.

Un risultato davvero notevole.

Bottini. Direi di Sì. E' un successo personale del Dr. Generali ma anche del gruppo che rappresenta. Fra l'altro a breve Generali tornerà a lavorare nel nostro reparto mentre la Dr.ssa Manuela Dilani, a settembre, si recherà ad Oxford per uno stage. Dunque la collaborazione continua e si consolida ulteriormente.

Quali sono gli studi che accomunano Cremona, Torino e Oxford?

Bottini. Quello che comunemente è chiamato tumore mammario, in realtà è rappresentato da un gruppo di neoplasie talvolta molto differenti fra loro. Non solo. Alcune di queste stanno cambiando le loro caratteristiche nel tempo.

Questo apre una serie di domande sulla biologia della neoplasia mammaria alle quali abbiamo risposto solo in parte. Una delle domande più importanti a cui cercheremo di rispondere insieme al Prof. Dogliotti ed al Prof. Harrys è perché due tumori apparentemente uguali possano rispondere in modo differente alla stessa terapia (gene discoverig).

Oggi i criteri che condizionano la scelta di una terapia sono subordinati ad alcuni parametri ben conosciuti: le dimensioni del tumore, l'interessamento o meno dei linfonodi, i recettori ormonali, l'età, e ad altre caratteristiche del tumore. Domani la scelta della terapia potrebbe essere decisa sulle caratteristiche di un preciso gene del tumore, per cui la terapia non sarebbe decisa sulle caratteristiche della classe di tumore, ma caso per caso.

La collaborazione con Torino ed Oxford mira ad unire le conoscenze, e quindi le forze di un gruppo di ricercatori di credibilità internazionale. In questo modo sarà possibile che ciascun gruppo di lavoro si occupi di una particolare ricerca a beneficio di tutti.

Quante persone delle Chirurgia Generale lavorano per la Breast Unit?

Bottini. Davvero molte, citarle tutte è impossibile. Posso dire che il nostro staff è composto da professionisti specializzati in chirurgia oncologica e oncoplastica. E importante non dimenticare che il nostro lavoro è imprescindibile da quello di altre figure professionali afferenti a diverse unità operative dell'Azienda quali Radiologia, Medicina Nucleare, Radioterapia e Anatomia Patologica. La collaborazione fra tutti noi si fonda sulla

base di un vero e proprio lavoro interdisciplinare all'interno del quale ognuno mette la propria professionalità e conoscenza al servizio degli altri e soprattutto della paziente. Colgo l'occasione per segnalare l'importanza di tutte quelle figure, dal personale infermieristico, al personale di sala operatoria, agli assistenti sanitari e ai tecnici di laboratorio che non sono mai ringraziate a sufficienza.

Come si può vedere, ogni accertamento, ogni diagnosi ed ogni terapia sono il frutto di uno spiegamento di forze che il lettore non sempre ha la possibilità di conoscere. Tutti questi professionisti sono consapevoli di rappresentare un elemento essenziale (al servizio del paziente) nel garantire che lo standard qualitativo fornito faccia di Cremona una delle più belle realtà nel panorama sanitario italiano.

Qual è l'impostazione del vostro lavoro?

Allevi. Noi distinguiamo un primo livello ed un secondo livello di intervento. Il Primo livello di intervento avviene in Senologia, ed è la diagnosi. Gli strumenti per porre correttamente una diagnosi sono tre: la clinica, la diagnosi radiologica e gli accertamenti cito-istologici. La clinica è rappresentata dalla visita cui la paziente si sottopone prima di effettuare altri accertamenti.

Quanto è importante la visita?

Allevi. Direi molto. Serve infatti a guidare il Collega radiologo su tutte le alterazioni di forma, di consistenza di colore e di temperatura e di simmetria che si possono presentare in una mammella.

E la mammografia?

Allevi. In alcuni casi è essenziale per la diagnosi. Le patologie iniziali, spesso non sono clinicamente apprezzabili ma sono rilevabili alla mammografia come microcalcificazioni. Per contro alcune patologie non hanno dei caratteri radiologici od ecografici evidenti ma sono clinicamente apprezzabili. Ecco perché il clinico ed il radiologo devono lavorare insieme.

Ogni quanto tempo devono essere effettuate e quale l'età giusta per iniziare?

Allevi. Quando non ci sono fattori personali di rischio (familiarità, precedenti patologie al seno, il primo anno di terapia ormonale sostitutiva in menopausa ed altri), sono sufficienti una visita annuale ed una mammografia ogni due anni.

Le attuali linee guida nazionali suggeriscono di iniziare a 40 anni. In realtà la patologia mammaria può colpire anche prima di questa fascia d'età, inoltre la provincia di Cremona è fra quelle a più alto tasso di neoplasia mammarie in Italia, motivo per cui accettiamo utenti che si rivolgono a noi anche fra i tentacinque ed i quarant'anni.

Cosa accade quando il clinico e il radiologo hanno un sospetto di patologia mammaria?

Allevi. Il passo successivo è l'accertamento citologico od istologico. La citologia consiste nel aspirare con una siringa alcune cellule del nodulo sospetto e di inviarle al patologo che dirime il dubbio diagnostico. Quando la citologia per particolari motivi non è sufficiente, si procede al prelievo di un frammento del nodulo sospetto in modo da avere, non solo qualche cellula, ma un vero e proprio campione di tessuto da esaminare.

A questo punto i tre specialisti in prima linea: il Clinico, il Radiologo ed il Patologo hanno posto diagnosi.

E' possibile che una patologia mammaria sfugga alla diagnosi?

Allevi. Direi di no. Questi tre professionisti rappresentano un filtro di grande garanzia. Vorrei dire di più. Non è indispensabile che un nodulo sia evidente alla visita, evidente alla mammografia e che abbia una citologia documentata. E' sufficiente che una delle tre figure impegnate nella diagnosi ponga il sospetto per attivare automaticamente le altre due.

Le donne possono stare tranquille?

Allevi. Certamente sì, l'unica cosa che si richiede alla donna è di rispettare le scadenze suggerite e che sono riportate sul libretto che diamo a tutte le nostre utenti.

Che cos'è il Mammotome?

Allevi. Il Mammotome è una delle apparecchiature più recenti a disposizione per porre diagnosi in caso di microcalcificazioni. Lei deve pensare che avere identificato delle microcalcificazioni non significa avere una diagnosi. Esistono infatti microcalcificazioni maligne, ma anche microcalcificazioni benigne. Per poterle asportare sarebbe necessario un vero e proprio intervento chirurgico anche se in anestesia locale. Col Mammotome mediante una serie di mammografie il computer identifica la posizione delle microcalcificazioni e con precisione millimetrica guida una sonda fino nel punto esatto della mammella dove effettuare il prelievo.

E' una pratica dolorosa?

Allevi. Assolutamente no. E' sufficiente una piccola anestesia locale ed il taglio, attraverso cui passa la sonda, è di pochi millimetri e non necessita neanche di essere suturato, basta un cerotto.

Cosa accade quando è posta diagnosi di neoplasia?

Allevi. I dati raccolti da tutti gli esami effettuati sono discussi dai medici della Breast Unit e si identifica lo schema di terapia più adatto alla paziente.

Quindi la terapia non è uguale per tutte le pazienti?

Allevi. Esiste un tumore della mammella che si può presentare sotto molti aspetti. Per ognuno di questi, negli anni, abbiamo messo a punto strategie terapeutiche mirate. Mi riferisco alla Chemioterapia ed alla ormonoterapia prima dell'intervento.

Può essere più preciso?

Allevi. Quando ci troviamo di fronte ad un tumore della mammella possiamo operare subito la paziente e poi sottoporla alle terapie successive. E fin qui tutto bene, in molti centri si procede proprio in questo modo. Invece secondo noi manca qualcosa. Se abbiamo già asportato il tumore, non sapremo mai quale grado di risposta la chemioterapia è in grado di provocare nel tumore. Se invece noi preleviamo un frammento di tumore raccogliamo un grande numero di informazioni prima di sottoporre la paziente alla chemioterapia od ormonale. Quando poi, dopo i quattro mesi di terapia (terapie neoadjuvante, così si chiama) asportiamo il tumore, possiamo confrontare i dati ottenuti e valutare quali siano state le modificazioni indotte alla biologia molecolare delle cellule neoplastiche.

La chirurgia da sola è sufficiente a curare la neoplasia mammaria?

Allevi. Direi proprio di no. La neoplasia mammaria è la espressione locale di una patologia che interessa tutto l'organismo. E' un grave errore pensare che rimuovendo la mammella si rimuova la malattia. La dimostrazione è che negli anni si è passati da vere e proprie mutilazioni ad interventi estremamente rispettosi della integrità della paziente senza modificare la sopravvivenza.

Come nasce l'attività didattica della Breast Unit?

Aguggini. La didattica è stata il risultato di anni di sforzi e di lavoro profusi nella convinzione che una realtà come la Breast Unit potesse nascere e svilupparsi.

Prima della didattica è nata la nostra convinzione che l'importanza della chirurgia demolitiva diminuisse col crescere del ruolo della chemioterapia e della radioterapia. L'affermarsi della chirurgia conservativa ha avuto come naturale conseguenza la possibilità di trattare sempre più pazienti con interventi di chirurgia ambulatoriale (Day Surgery) in anestesia locale.

Riteniamo che quando possibile sia da preferire l'approccio in anestesia locale. Questo ci ha consentito di arrivare, lo scorso anno, a operare più dell'80% delle pazienti in questo modo.

Sta dicendo che in altri ospedali gli stessi interventi sono effettuati in anestesia generale?

Aguggini. Per alcuni interventi è così. Mi riferisco in particolare alla tecnica nota come Linfonodo Sentinella, da noi eseguita in anestesia locale. Il Presupposto scientifico è che se il linfonodo sentinella è sano, e questo accade in circa il 90% dei casi, non è necessario lo svuotamento ascellare. Inoltre le pazienti che selezioniamo per questa metodica hanno una neoplasia in fase iniziale che può essere anch'essa asportata in anestesia locale. In altre parole risparmiamo al 90% delle pazienti una anestesia generale non indispensabile, con tutti i benefici intuibili.

Questa modalità di escissione del linfonodo sentinella ha destato la curiosità di quei colleghi, di altri ospedali, che invece ancora operavano in anestesia generale. Ecco che, quattro anni fa, alcuni colleghi ci hanno chiesto di poter assistere alle nostre sedute operatorie. Da principio si pensava a visite occasionali, ed invece l'interesse per la nostra metodica è via via cresciuto.

All'inizio dello scorso anno ci siamo chiesti se non valesse la pena di organizzare dei Corsi di formazione che fossero ufficialmente riconosciuti con tanto di punteggio per gli iscritti.

Era nata la didattica della Breast Unit. Da allora, con l'impegno di tutto il gruppo, e con il sostegno del Primario, siamo arrivati ad essere uno dei poli di riferimento nel panorama italiano per la diagnosi ed il trattamento della patologia mammaria.

Da dove provengono i chirurghi che partecipano ai vostri corsi?

Aguggini. All'inizio arrivavano soprattutto dalla Lombardia: Milano, Brescia, Novara, Como. Poi dal Nord Italia: Genova, Trento Trieste. Oggi ormai reclutiamo in tutta Italia da Toscana, Marche e Campania.

L'interesse per le tecniche chirurgiche che proponete è quindi notevole?

Aguggini. Sì, ma non solo per quelle. Accade quasi sempre che il motivo della visita sia il linfonodo sentinella, ma alla fine sia il nostro modo di gestire la patologia mammaria nella sua globalità a destare interesse. La dimostrazione sono le richieste di nuovi Corsi di formazione sulla Chemioterapia Neoadjuvante, sulla chirurgia ricostruttiva ed altri.

Quali gli aspetti più apprezzati dei corsi?

Aguggini. Gli elementi vincenti sono due. Oltre la qualità degli argomenti trattati sicuramente l'impostazione dei corsi. Lo schema che ho voluto è semplice: pochissimi iscritti (4 alla volta) e tutti gli specialisti del Breast Team coinvolti. Durante il corso svolgiamo analisi approfondite delle tematiche chirurgiche, oncologiche, radiologiche, patologiche e di medicina nucleare. In pratica otto relatori per quattro corsisti più il sottoscritto che, in veste di tutor, segue i colleghi in formazione per tutta la durata del corso sia in aula che in sala operatoria.

Un notevole impegno per la Breast Unit...

Aguggini. Grande impegno "ripagato" però da grandi risultati.